



TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA EXAMES DE BRONCOSCOPIA COM SEDAÇÃO E/OU ANESTESIA

Nome do paciente:

Nome da mãe:

Data de nascimento:

Atendimento:

Data:

Nome do médico:

O consentimento informado é a autorização do paciente obtida pelo profissional médico para a realização de procedimento médico, diagnóstico ou terapêutico.

Broncoscopia: exame que permite a visualização da traqueia e dos brônquios, sendo introduzido um tubo flexível com uma fibra óptica pela narina, em alguns casos o médico retira pequenos fragmentos do pulmão para biópsia, ou realiza lavagem bronco alveolar (realizado com pequena quantidade de solução fisiológica injetada nos pulmões e aspirada após). Este procedimento é usado para obter amostras das vias aéreas menores, as quais o broncoscópio não alcança, permitindo o exame de células e bactérias do interior da árvore respiratória, contribuindo para o diagnóstico.

1. Fui informado de que para realizar o procedimento acima especificado será necessário o uso de sedação e/ou anestesia utilizando medicamentos por via endovenosa, e anestesia na garganta com um spray de lidocaína. A administração do medicamento será realizada pelo médico endoscopista e/ou anestesista.

- Sedação- consiste na diminuição do nível de consciência em que o paciente fica mais tranquilo e relaxado. Tem menor duração e é indicado para realizar procedimentos ou exames rápidos.
- Anestesia geral- o paciente permanece inconsciente durante todo o procedimento não tendo nenhuma percepção de dor, espaço ou movimentação.

2. Compreendo que, embora em menos de 1% dos casos, possam ocorrer complicações decorrentes da aplicação da sedação/anestesia (dor ou inflamação no local da injeção). Ainda mais raros podem ocorrer reações aos medicamentos e problemas cardiorrespiratórios durante o procedimento.

3. Estou ciente de que, durante o exame e/ou procedimento poderão ser diagnosticados alterações que ainda não foram evidenciadas, necessitando de cuidados diferentes daqueles

inicialmente propostos.

4. Compreendo que durante o exame diagnóstico pode ser necessário realizar algum procedimento terapêutico como: biopsias, injeção de substâncias para deter sangramento que esteja em curso, remoção de pólipos, ressecção de mucosa, com o uso de corrente elétrica ou dilatações. Quando removidos e recuperados, os pólipos e outras lesões serão enviados para análise histopatológica.

5. Estou ciente de que esses procedimentos terapêuticos (expostos no item 4), são importantes no meu tratamento, mas aumentam o risco de complicações como sangramento e perfurações. Estas complicações, embora incomuns podem ser sérias, podendo resultar na necessidade de hospitalização, até mesmo em UTI. A transfusão sanguínea, procedimento endoscópico adicional, cirurgia de urgência podem ser necessários e, apesar de muito raro, o risco de morte pode estar presente.

6. Estou ciente de que certas lesões poderão ser identificadas em exames posteriores, não sendo o presente absoluto na identificação de todas e quaisquer lesões existentes.

7. Autorizo que o material biológico coletado seja encaminhado para estudo anatomopatológico, por indicação do médico assistente.

8. Por livre iniciativa autorizo que o(s) procedimento(s) seja(m) realizado(s) da forma como foi exposto no presente termo, incluindo-se os procedimentos necessários para tentar solucionar as situações imprevisíveis, emergenciais, as quais deverão ser conduzidas e resolvidas de acordo com a natureza de cada evento.

9. Recebi todas as explicações necessárias quanto aos riscos, benefícios, alternativas de tratamento, bem como os riscos e/ou benefícios de não ser tomada nenhuma atitude terapêutica diante da natureza da(s) enfermidade(s) diagnosticada(s).

10. Tive a oportunidade de esclarecer todas as minhas dúvidas relativas ao(s) procedimento(s), sedação e/ou anestesia, li e compreendi todas as informações deste documento, antes de sua assinatura.



TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA EXAMES DE BRONCOSCOPIA COM SEDAÇÃO E/OU ANESTESIA

Eu _____ N° de identidade _____

()Paciente ()Responsável Parentesco: (_____), declaro que: concordei e autorizo o Dr(a). _____,

CRM _____ executar o exame solicitado por meu médico assistente.

Declaro, também, que forneci todas as informações sobre meu estado de saúde, doenças, medicamentos aos quais sou alérgico e faço uso contínuo ou eventual, sem nada ocultar, e que fui orientado quanto à necessidade de suspensão ou manutenção dos mesmos.

Araçatuba, _____ de _____ de _____.

Assinatura do paciente ou responsável

Testemunha:

Nome completo: _____

Assinatura do responsável / Acompanhante

RG/CPF

Deve ser preenchido pelo médico:

Confirmo que expliquei detalhadamente para o paciente e/ou seu(s) familiar (es), ou responsável(eis), o propósito, os riscos, os benefícios e as alternativas para o tratamento(s)/procedimento(s) acima descritos.

Assinatura e Carimbo do médico endoscopista